60 1880

Lane Medical Library

Ueber tuberculöse Geschwüre der Zunge.

Inaugural-Dissertation

welche mit Genehmigung

der

medicinischen Facultät der Universität zu Breslau

zur Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

am

Freitag, den 30. Juli 1880

Vormittags 10 Uhr

in der Aula Leopoldina

öffentlich vertheidigen wird

AUGUST REIMANN.

Offcielle Opponenten:

Dr. med. GREGOR KLOSE, pract. Arzt; Dr. med. CARL NEBLER;
FELIX SCHMIDT, Cand. med.

BRESLAU
Buchdruckerei Heinrich Lindner.
1880.

Seinem Lehrer

Herrn

Medicinalrath Prof. Dr. Hermann Fischer

Director der königl. chirurgischen Klinik der Universität Breslau,
Ritter etc.

in Hochachtung und Dankbarkeit

sowie

Seinen theuren Eltern

in kindlicher Liebe und Verehrung

gewidmet

vom Verfasser.

Die Veranlassung zu vorliegender Arbeit gab ein Fall von tuberculösem Zungengeschwür, welchen Herr Medicinalrath Professor Dr. Fischer Ende Januar dieses Jahres in der chirurgischen Klinik vorstellte. Der Patient starb einige Tage nachher und durch die Güte meines hochverehrten Herrn Lehrers wurde es mir ermöglicht, mikroskopisch die Zunge untersuchen zu dürfen. Ich spreche ihm an dieser Stelle meinen Dank aus, ebenso auch für die übrigen mir überwiesenen Fälle mit derselben Affection. Auch danke ich Herrn Professor Dr. Ponfick, der mir erlaubte, die Untersuchungen im pathologischen Institute anzustellen und mich durch seinen Rath unterstützte, wie auch Herrn Dr. Kolaczek, der einen grossen Theil der einschlägigen Literatur mir zugänglich machte.

Eine der selteneren Erkrankungen der Zunge, welcher erst in den letzten drei Decennien mehr Beachtung geschenkt worden ist, die aber vielleicht nicht so selten ist, als es scheinen mag, ist die Tuberculose der Zunge. Man war lange Zeit zu sehr befangen in dem Glauben an eine gewisse Immunität bestimmter Organe gegen tuberculöse Affectionen, und selbst als auch Fälle von sogenannter allgemeiner Tuberculose in grosser Anzahl constatirt vorlagen, so waren es neben anderen besonders die musculösen Organe, die sich immer noch des glücklichen Rufes des Verschontbleibens von jener Erkrankung zu erfreuen hatten. Wohl mag es daher vorgekommen sein, dass man manchmal in dem guten Glauben, ein Carcinom der Zunge ohne Complicationen vor sich zu haben, eine tuberculöse, knotige Infiltration oder ein tuber-

culöses Geschwür exstirpirt hat, ohne es zu ahnen, wenn nicht gerade eine nachträgliche anatomische Untersuchung diesen Irrthum aufklärte. Dass dem in der That so ist, beweisen mehrere in der Literatur berichtete einschlägige Fälle.

Nach und nach verschwand jedoch der Glaube an jene Immunität. Nieren, Milz, Leber, Hoden, Herz u. s. w. zeigten ziemlich oft Tuberkel-Eruptionen; Tonsillen, Pharynx, Oesophagus, Magen, Pancreas, und auch die Zunge liessen, wenn auch selten, Tuberkeln in ihrem Gewebe erkennen.

Die tuberculöse Erkrankung an der Zunge, deren zum ersten Male im Anfange dieses Jahrhunderts Erwähnung gethan wird von Portal (Cours d'anatomie médic., 1804. vol. IV, pag. 527), hat in den ersten fünfzig Jahren nach ihrer Entdeckung keine Beobachtung gefunden. Ich kann mir zwar nicht denken, dass die allerdings sehr kurze Beschreibung einen Anlass geben könnte, den von ihm berichteten Fall zu bezweifeln (Körte); jedenfalls aber mag man dem Berichte Portal's mit einer gewissen Vorsicht begegnet sein, so dass noch Bardeleben in seinem Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre 1861 III. pag. 344 unter dem Text anführt: „Portal erzählt von Tuberkeln, die er in der hypertrophischen Zunge einer scrophulösen Frau fand", ohne bis dahin selbst diese Affectionen aus eigener Praxis gekannt zu haben.

Portal schildert seinen Fall mit folgenden Worten: „Une femme atteinte de scrophules avoit la langue si volumineuse qu'elle pouvoit à peine la contenir dans la cavité de la bouche. Cette femme étant morte à la suite du temps appelé critique, j'examinai sa langue que je trouvai pleine de concrétions stéatomateuses, dont quelques-unes étoient globuleuses, de la grosseur d'un pois. J'ai disséqué d'autres langues gonflées tantôt par une infiltration sanguinolente, tantôt par une infiltration sereuse et quelquefois par une espèce de suc graisseux."

Nach dieser kurzen Schilderung fügt er bald darauf hinzu:

„Divers phthisiques éprouvent de la douleur dans la langue; certains l'ont rouge comme de feu, chez d'autres, elle est durcie comme du cuir desséché, il en est qui l'ont couverte de boutons dont quelques-uns suppurent; d'autrefois

elle est pleine d'aphthes de chancres qui la rongent plus ou moins profondément, en même temps qu'ils donnent lieu à des escarres gangréneuses qui détruisent la membrane de la bouche.

Ueber eine etwaige Therapie äussert sich Portal nicht.

Zum zweiten Male wird dieser Erkrankung Erwähnung gethan von dem Engländer Flemming (Dublin Quarterly Journal, Aug. 1850; ref. in Canstatt's Jahresberichten 1850); er führt drei Fälle an. Nach ihm ist die Zunge mit kleineren und grösseren Geschwüren besetzt, welche sich in ihrem Gewebe entwickeln und unmerklich wachsen, bis sie auf der oberen und den seitlichen Flächen zum Vorschein kommen. Sie verursachen dann ein Gefühl der Anschwellung der Zunge; die Bewegungen derselben geschehen mit einer gewissen Schwierigkeit, das Schlingen ist schmerzhaft, der Mund ist beständig voll Speichel, die Aussprache mehr oder weniger undeutlich. An einzelnen Stellen hat der Kranke ein Gefühl von Wundsein, wie von einer Blase. Bei Untersuchung des Mundes zeigen sich diese Stellen wirklich wund, der Schleimhaut beraubt und entweder rein oder mit einer weisslichen zähen Materie bedeckt und der Finger nimmt desshalb den in das Gewebe der Zunge eingebetteten Tuberkel wahr, der die Grösse einer Erbse bis einer Haselnuss hat. Das Allgemeinbefinden leidet nur insofern, als der Kranke in den späteren Stadien keine festen und irgend reizenden Speisen geniessen kann. Die Krankheit befällt Kinder wie Erwachsene; sie ist nicht bösartig und kann wenn auch oft langsam geheilt werden. Geheilte tuberculöse Stellen erscheinen glatt, ohne Spur von Papillen, benarbt mit tiefen Furchen von verschiedener Gestalt.

Das wichtigste in seinem Berichte ist das Zugeständniss, dass leicht eine Verwechselung mit Syphilis oder Krebs vorkommen kann; doch hält er die Unterscheidung bei gehöriger Aufmerksamkeit auf die Erscheinungen nicht für schwierig: „Bei Syphilis sowohl als bei Krebs ist der Organismus viel bedeutender und auf ganz andere Weise ergriffen, als bei diesem tuberculösen Leiden, welches sehr lange Zeit ein rein örtliches bleibt. Daher ist auch die Behandlung mit örtlichen Mitteln die Hauptsache und unter diesen ist das wichtigste das salpetersaure Kupfer."

Flemming hat die tuberculösen Zungengeschwüre jeden-

falls nur als primäre Erkrankung kennen gelernt; auch hat er allein sie an Kindern beobachtet.

Kurze Zeit nach Flemming's Beobachtungen beschrieb ein Niederländer Gildemeester (Nederl. Weekbl. voor gen. Juni 1852; ref. in Schmidt's Jahrb. Bd. 81 pag. 182) einen Fall mit dieser Affection, zugleich einhergehend mit Tuberculose des Larynx, des Darms und des Peritonaeums. Hier war die ganze linke Hälfte der Zunge, die in den letzten sechs Monaten sich sehr vergrössert hatte und an der Seite ein unregelmässiges, längliches, tiefes Geschwür darbot mit nach innen umgeworfenen Rändern, beim Durchschnitt weiss, fest und von beinahe fibröser Structur. Nahe unter der Schleimhaut war die Musculatur am wenigsten verändert und zeigte vorzüglich unter dem Geschwür viele kleine weisse Körner von der Grösse eines Stecknadelkopfes. Unter dem Mikroskope sah man eine Menge unregelmässiger Körperchen, die durch Essigsäure unverändert kleine Tuberkel und Molecularkörner enthielten. Die Muskelfasern waren beinahe durchgängig in Bindegewebe umgewandelt, die Halsdrüsen angeschwollen, aber nicht tuberculös; die Speicheldrüsen normal.

Der Autor bemerkt, dass dieser Befund von Tuberkeln in der Mitte von Muskelfasern der Theorie widerspricht, wonach die Tuberkelkörner als necrotische Ueberreste von früheren Geweben zu betrachten seien.

Während bis dahin nur Ausländer Beobachtungen von Tuberculose der Zunge gemacht und mitgetheilt hatten, tritt demnächst ein Deutscher mit einer Beschreibung dieses Processes auf. Schuh äussert sich in der zweiten Ausgabe seiner Pathologie und Therapie der Pseudoplasmen 1854 pag. 288 (in der ersten Ausgabe 1850 scheint ihm die Affection noch nicht bekannt gewesen zu sein) folgender Maassen:

„Eine Verwechselung mit dem carcinomatösen Process der besagten Art (er meint eine flache Exulceration) können tuberculöse Geschwüre auf der Zunge veranlassen, indem die Aehnlichkeit ausserordentlich gross ist. Sie erscheinen an der oberen Zungenfläche gegen die Spitze hin, sind sehr hart im Grunde und an den Rändern gleich allen entzündeten Muskeln, zeigen Unebenheiten am Boden, ausgezackte Ränder und eine sehr grosse Empfindlichkeit. Das Essen wird ausser-

ordentlich beschwerlich, um so mehr, wenn an der Backenfläche ein ähnliches Geschwür vorkommt. Die Erkenntniss der Natur des Uebels wird auch noch erschwert durch das Auftreten der Anschwellung und Härte der am Unterkiefer gelegenen Lymphdrüsen. Um sich zurecht zu finden, beachte man, dass, wenn es tuberculöse Geschwüre sind, immer gleichzeitig eine Tuberculose der Lunge, der Gedärme oder beider vorhanden ist. Diese Kachexie kommt nicht leicht neben einem Krebs vor, ausser sie ist schon im Rückschreiten begriffen, oder sie wurde durch Missbrauch von Jod, welches man zur Heilung eines Krebses versuchte, hervorgerufen. Ist daher die Tuberculose entwickelt, dass sie bestimmt ermittelt werden kann, so ist jeder Irrthum gehoben. Man kann auch nach genauer Reinigung der Wundfläche eine kleine Stelle mit dem Messer behufs einer mikroskopischen Untersuchung abschaben, wenn es die grosse Empfindlichkeit zulässt. Beim Tuberkelgeschwüre fehlen die anatomischen Elemente des Krebses. Bei der Leichenuntersuchung wird man nach genauer Reinigung der Grundfläche und der Ränder meistens ein oder mehrere hirsekorngrosse, weisse, ganz runde Knötchen, d. i. Tuberkel, finden."

Ein primäres selbstständiges Auftreten des tuberculösen Processes an der Zunge scheint Schuh nicht zu kennen und nicht anzunehmen.

Auch Bamberger muss das tuberculöse Zungengeschwür gekannt haben, da er (Virchow, Spec. Pathologie und Therapie vol. 6. I. pag. 82) mehrere differential-diagnostische Momente zwischen Krebs und dieser Affection anführt; er sagt:

„Auch tuberculöse Geschwüre haben einige Aehnlichkeit (mit Krebs) doch sind sie in der Regel klein, mehr oberflächlich, weniger hart und sehr empfindlich. In den Rändern solcher Geschwüre sah ich mehrmals die Tuberkelmasse in Form gelblicher Pünktchen und Knötchen abgelagert; überdies kommen sie nur bei weit gediehener Tuberculose anderer Organe vor, besonders der Lungen und des Darmkanals."

Paget (Med. Times and Gaz. 1858; ref. in Canstatts Jahresberichten 1858, 3. p. 323.), welcher die tuberculösen Zungengeschwüre für die seltensten an der Zunge hält, beob-

achtete einen sehr ausgesprochenen Fall, der einen 37 jährigen Polizeimann betrifft. Beinahe die ganze rechte seitliche Oberfläche der Zunge war ulcerirt, die Ränder waren von einem rothen Hof umgeben, aber nirgends erhaben, noch unterminirt. Die Basis der Geschwüre befand sich auf der Höhe der oberflächlichen Muskellagen, und schienen an einer Stelle die Muskelfasern bloss zu liegen, während an den übrigen Stellen sich Granulationen befanden. Nur der hintere Theil des Geschwürs war tiefer ausgehöhlt, Schmerzen, profuser Speichelfluss und sehr beschränkter Gebrauch der Zunge waren mit dem Processe verbunden. Wenn auch im Allgemeinen das Geschwür Aehnlichkeit hatte mit tuberculösen Geschwüren des Darmkanals, so wäre es doch unmöglich gewesen, dasselbe als tuberculös zu bezeichnen, wenn nicht gleichzeitig Tuberkeln in der Lunge vorhanden gewesen wären.

In einer Dissertation hat Christian Schölermann 1861 zwei in den Kieler Kliniken beobachtete Fälle von tuberculösem Zungengeschwür beschrieben. Der eine betraf einen 22 jährigen Mann, welcher an chronischer Intestinal- und Lungentuberculose, verbunden mit *Pneumothorax*, litt; der zweite einen 45 jährigen Maler, welcher angab, niemals schwer erkrankt gewesen zu sein, noch auch an Syphilis gelitten zu haben. Er stellte sich mit heftigem Husten und einem Geschwür innen vom linken Mundwinkel zu Anfang des Jahres 1860 in der Klinik vor. Das Geschwür war 4‴ lang und hatte seinen Sitz in der *Mucosa*, unregelmässige Ränder, zackig, unterminirt und mit gelblichen Körnern durchsetzt. Die Zähne des Kranken waren sehr schlecht. Tuberculose der Lungen konnte deutlich nachgewiesen werden. Eine vorgenommene Cur, Bestreichung mit *Natron boracicum* und Rosenhonig und innerlich Leberthran, besserte das Geschwür etwas, die Lungenaffection schritt jedoch fort, es stellte sich Haemoptoë und starke blutig-schleimige Durchfälle ein. Bei Beginn des Sommers war das Geschwür links geheilt; aber es entwickelte sich ein Geschwür am rechten Zungenrande; eine Lymphdrüse am Halse war geschwollen, spontane Schmerzen fehlten. Im October war der ganze rechte, wie der linke Theil der Zunge intumescirt. An der Unterseite nahe der Spitze fand sich ein $^1/_2$″ breites Geschwür mit un-

regelmässig gezackten und unterminirten Rändern auf hartem, geschwelltem Grunde. Eine gezackte Falte trennte es von einem anderen am hinteren Theil gelegenen Geschwür von einer Grösse von $1^1/_2$ ‴, welches einer vor einigen Wochen beobachteten Prominenz entsprach. Schmerz war nur bei Bewegungen der Zunge da. Die erwähnte Falte wurde nach und nach vollends zerstört. Bald stellten sich auch spontane Schmerzen ein. In allen Geschwüren waren kleine Knötchen wahrzunehmen. Die Speichelsecretion war sehr stark. Trotz der bedeutenden Oberflächenzerstörung konnte der Patient alles schmecken.

E. Wagner (Archiv für Heilkunde, 3. Jahrgang 1862, pag. 573) beobachtete bei einem 60jährigen Manne, der an alter und frischer Lungen- und Darmphthise verstorben war, noch eine Tuberculose der Zunge, welche mehrere Wochen vor dem Tode unter den Symptomen einer intensiven acuten partiellen Glossitis verlaufen war. Die Zunge war breit, an ihrem vorderen rechten Ende bis zur Spitze fest anzufühlen, ihre obere Fläche daselbst normal, die untere stellenweise flach vertieft, am Rande theils gleichmässig braunroth gefärbt, theils rothfleckig. Beim Durchschneiden der Zunge parallel ihrer oberen und unteren Fläche fühlte man starken Widerstand. Die Schnittfläche zeigte von der Spitze an längs des rechten Randes in der Länge von $1^3/_4$ ″, in der Breite von $^1/_4$ — $^3/_4$ ″ und in der ganzen Dicke des Zungengewebes am vorderen Ende ziemlich dicht über einander liegende, ein Viertel der Schnittfläche bildende, nach hinten zu spärlichere, gegen hirsekorngrosse runde und 1—$1^1/_2$ ‴ lange streifige, theilweise netzförmig mit einander zusammenhängende, grauweisse, in der Mitte stellenweise gelbliche, stark hervorragende, fest anzufühlende Bildungen, welche an den meisten Stellen scharf von der blassen Musculatur abgegrenzt waren. Das übrige Zungengewebe, die Lymphdrüsen am Boden der Mundhöhle und die sonstige Umgebung war normal. Bei der mikroskopischen Untersuchung fanden sich ausser gewöhnlichen freien Kernen und solchen, welche einen verschieden grossen, unregelmässigen, zipfelförmigen Anhang zeigten, in zerfaserten Präparaten zahlreiche grosse, vielkörnige, ästige Bildungen, wie sie C. O. Weber bei Muskeleiterung beschrieben und abgebildet hat. Die Kerne zeigten

an keiner Stelle Spuren von Atrophie. Ausser makroskopischen Tuberkeln kamen noch zahlreiche mikroskopische vor. Die Entstehung der Tuberkel ging theils von dem Bindegewebe (und den Capillaren?) zwischen den Muskelfasern, theils von den peripherischen und centralen Muskelkernen selbst aus, wie das für andere Neubildungen hinlänglich beschrieben worden.

Jn seinem Lehrbuche der Chirurgie (vol. II. pag. 184. 1864) macht Stromeyer auf die Schwierigkeit der Differential-Diagnose des tuberculösen Zungengeschwürs gegenüber anderen ähnlichen Affectionen aufmerksam und auf die von ihm öfter beobachtete Verwechselung mit Carcinom; er sagt:

„Ich kann mir dies nur dadurch erklären, dass man überhaupt zu wenig daran gedacht hat, dass Tuberkel-Ablagerung in der Schleimhaut des Mundes vorkommen kann, denn in allen mir bekannten Fällen waren die Erscheinungen so characteristisch, dass ein Zweifel in der Diagnose gar nicht stattfinden konnte."

Ich glaube, die Worte dieses hoch angesehenen Chirurgen bekräftigen einigermassen meine am Anfange dieser Arbeit ausgesprochene Ansicht, dass vielleicht öfters tuberculöse Processe an der Zunge Gegenstand operativer Eingriffe gewesen sind, während man ein Carcinom vor sich zu haben glaubte. Der Glaube an eine gewisse Immunität der Zunge gegen Tuberculose liess den Gedanken an die Möglichkeit einer solchen nicht aufkommen oder zu wenig Wurzeln fassen. Mehrere in dem letzten Jahrzehnte ausgeführte Operationen, in denen man, wenn auch absolut frei von jener Ansicht, Carcinome zu operiren glaubte und nachher Tuberkel fand, kommen hier auch noch mit in Betracht.

Nach Stromeyer kommt nun das tuberculöse Zungengeschwür vorzüglich an den Rändern, sowie an der unteren Fläche der Zunge vor; ähnliche Geschwüre befinden sich meistens gleichzeitig an der Mund- und Wangenschleimhaut. Wenn diese Geschwüre sich in ungereiztem Zustande befinden, so sind sie flach und zeigen an den Rändern die durchschimmernden gelben kleinen Tuberkeln, welche das charakteristische Zeichen abgeben. Befindet sich das Geschwür aber im Zustande der Reizung aus localen oder allgemeinen Ursachen, so verschwinden unter der entzündlichen Schwel-

lung der Ränder diese charakteristischen gelben Flecken. Unter Umständen können diese Geschwüre theilweise oder ganz verheilen und kehren dann in der schlechten Jahreszeit wieder. Meistens finden sie sich bei schon vorgerückter allgemeiner Tuberculose, doch können sie auch das einzige characteristische Symptom sein, wenigstens bei oberflächlicher Untersuchung, während die genauere schon Infiltration der Lungenspitzen nachweist. Sie sind nicht immer so schmerzhaft und beschwerlich, als andere nicht krebshafte Geschwüre im Munde, tragen aber vermuthlich zum allgemeinen Verfall der Constiution wesentlich bei.

Auch O. Weber (Pitha-Billroth Chirurgie, III. 1 p. 327) hält den Process nicht für so selten, dass ein geübter Chirurg ihn verkennen dürfte, wenn ihm auch ein Fall vorgekommen, wo zwei angesehene Chirurgen nacheinander Krebs diagnosticirten und zur Exstirpation desselben riethen, obschon das Aussehen der Zunge mit dem Aussehen der gewöhnlichen Zungenkrebse nicht übereinstimmte. Das Geschwür sass am Rande der Zunge, hatte etwas gereizte, unregelmässige Ränder und zeigte einen ganz charakteristischen käsigen Grund, in welchem genau wie bei tuberculösen Darmgeschwüren theils käsige, theils körnige Tuberkel lagen. Die grosse Aehnlichkeit mit tuberculösen Darmgeschwüren leitete O. Weber auf die richtige Diagnose und ein weiteres Examen liess noch Tuberculose des Nebenhodens constatiren, wie wohl keine Lungentuberculose zu diagnosticiren war. Innerhalb eines Jahres endete der Fall letal durch acute Miliartuberculose.

Ein zweiter Fall, den er beobachtete, war auch mit Carcinom verwechselt werden. Hier konnte er die Zunge anatomisch untersuchen und fand am Grunde der Papillen und zwischen den Muskeln längs der Gefässe kleine miliare Tuberkelknoten in ziemlich weitem Umfange.

Virchow thut in seinem Werke: „Die krankhaften Geschwülste, vol. II. pag. 651“ eines Präparates von Tuberculose der Zunge (1864) Erwähnung.

In der Berliner klinischen Wochenschrift 1867 pag. 424 theilt Paulicki aus dem Hamburger allgemeinen Krankenhause drei Fälle mit, von denen er einen, der einen 46 Jahr alten Instrumentenmacher betrifft, genauer beschreibt. Auf

dem Zungenrücken befanden sich in der Nähe der Zungenspitze zwei trichterförmige Geschwüre, wovon das eine grössere 6‴ weit vom Zungenrande entfernt war und rechts von der Mittellinie lag, während das zweite kleinere auf der linken Zungenhälfte sich befand und etwa um eine Linie weiter nach vorn gelegen war; ersteres hatte eine viereckige Gestalt und mass in seinem längsten Durchmesser etwas über 3‴, das linke war dreieckig und etwas tiefer. Die Ränder beider waren schwielig und blass, härter anzufühlen als das übrige Zungenparenchym. Der Grund war ziemlich rein, blassroth und hatte das Aussehen einer granulirenden Fläche. Die Tiefe des linken kleinen Geschwürs betrug fast die Hälfte des Dickendurchmessers der Zunge. Bei einem senkrechten Durchschnitte durch beide Geschwüre zeigte sich das Parenchym rings um die Geschwüre etwas blässer gefärbt und fanden sich unmittelbar über dem Geschwürsgrunde mehrere blassgelbe, nicht scharfumschriebene miliare Infiltrationen; diese waren jedoch sparsam, und ein grosser Theil des Geschwürsgrundes grenzte unmittelbar an blasses, im Uebrigen aber unverändert erscheinendes Zungenparenchym. Die Gestalt der Zunge war nicht verändert. In einer Entfernung von 1—1½‴ von den Geschwüren wurden die Papillen kleiner und der Zungenrücken nahm nach dem Geschwürsrand hin mehr und mehr eine abgeglättete Oberfläche an. Die Geschwüre bestanden etwa ½ Jahr *ante mortem,* ohne Tendenz zur Vernarbung, waren zuerst ganz flach gewesen und verursachten heftige Schmerzen. Die Speichelsecretion war nicht wesentlich verändert, ebenso nicht Geschmack und Bewegungsfähigkeit der Zunge. Die Lymphdrüsen am Halse waren mässig geschwellt, auf Druck schmerzhaft.

Bei den beiden anderen Fällen, die auch mit ausgebreiteter Tuberculose der Lunge und des Darms einhergingen, bestand seit Monaten je ein kraterförmiges Geschwür auf dem Zungenrücken, ohne Tendenz zur Heilung an Grösse zunehmend, mit miliaren Knötchen in der Umgebung.

In der Prager Vierteljahrsschrift XIII. finde ich eine tabellarische Zusammenstellung von Willigk über alle an Tuberculose innerhalb eines Zeitraumes von 5 Jahren zur Section gekommenen Fälle; er fand unter 1317 Fällen von Tuberculose 2 mit tuberculösem Zungengeschwür.

Sehr ansprechend und interessant ist die Schilderung eines Falles aus der Pariser Charité, von Gosselin vorgestellt und von Brochin beschrieben (Gaz. des Hôpitaux, 10. avril 1869); desshalb interessant, weil hier das „für" und „wider" für die einzelnen in Frage kommenden Affectionen: ulcère cancéreux, syphilitique tertiaire ou syphilitique primitif (chancre) nach allen Seiten hin erwogen wird, bis endlich nach Ausschluss aller dieser Processe die Differential-Diagnose auf „ulcère rebelle de la langue chez un phthisique" gestellt werden muss. Es handelt sich um einen 38jährigen Mann mit einem Geschwür an der Zungenspitze, welches bis zum Ansatz des *Frenulum linguae* sich nach abwärts erstreckte.

Auch werden hier mehrere ähnliche Fälle wie von Buzenet, Fournier, Juillard erwähnt, welche ich aber wegen Unzugänglichkeit der betreffenden Werke nicht einsehen konnte. Den Fall von Buzenet erwähnt kurz auch Trélat; es trat hier das tuberculöse Zungengeschwür $^1/_2$ Jahr vor der Tuberculose der Lungen auf.

Trélat selbst (Archiv général de méd. XV. 1870) beobachtete einen 24jährigen Mann, der sich sonst sehr wohl befand, nur seit 2 Monaten ein Geschwür am linken Rande der Zunge hatte mit allen Anzeichen eines tuberculösen; $^1/_2$ Jahr später griff es auf das *frenulum* über und erst 10 Monate nach dem Auftreten des Geschwürs zeigte sich *Phthisis pulmonum tuberculosa* und noch ein zweites Geschwür auf der rechten Zungenhälfte. Auch in diesem Falle war der Schmerz ein sehr heftiger, die Zunge geschwollen, Sprechen und Kauen sehr erschwert, starker Speichelfluss vorhanden und der Kräfteverfall ein rapider. Nach dem Tode konnte er deutlich Tuberkeln nachweisen.

Von jetzt ab sind es mit Ausnahme von Féreol und Cornil, deren Schriften ich aber nicht einsehen konnte, fast nur deutsche Beobachter, die genauere Untersuchungen über diesen Gegenstand veröffentlicht haben. Doch hat sich in dem letzten Decennium zugleich ein bedeutender Umschwung in der Therapie geltend gemacht: man begnügte sich nicht mehr damit, dem Processe ruhig zuzusehen, momentan den Kranken zu erleichtern, vielleicht sogar auszukratzen, sondern es wurden jetzt energische operative Eingriffe mit Messer und Scheere gewagt; und wie es scheint, spricht der Erfolg

für diese Therapie. Wenn auch unter den operirten Fällen eine Anzahl solcher sind, die *ex indicatione carcinomatosa* irrthümlich operirt wurden, so entschuldigt doch der erreichte Erfolg diesen Irrthum.

Euteneuer (Dissertation, Ueber Tuberculose der Zunge, Bonn 1872) beobachtete einen 54 Jahr alten, aus gesunder Familie stammenden, in keiner Weise hereditär belasteten Mann von kräftigem Aussehen und bis dahin steter Gesundheit. Er hatte gesunde Kinder, war durchaus frei von Syphilis, litt aber seit mehreren Jahren an Bronchialkatarrh. 6 Wochen vor Beginn der Beobachtung bekam der Patient kleine schmerzhafte Geschwürchen am linken Rande der Zunge, worauf er auch auf eine am hinteren Theile der Zunge befindliche haselnussgrosse Anschwellung aufmerksam wurde. Bald traten Schmerzen auf, die Excoriationen wurden grösser; Patient hielt sie aber für die Effecte starken Rauchens und bediente sich mehrerer Mundwässer, bis ihm gerathen wurde, die Klinik aufzusuchen. Hier wurde nun constatirt eine im hinteren Theile der Zunge in der Zungensubstanz befindliche Geschwulst, über welche die Schleimhaut unverändert hinwegzog. Am Rande sah man mehrere oberflächliche granulirende Geschwüre. Unter dem linken Unterkieferrande hinter der *glandula submaxillaris* war eine bohnengrosse Lymphdrüse, die auf Druck schmerzte. Von der Geschwulst strahlten Schmerzen nach der Spitze hin aus. Die Diagnose wurde auf *Carcinom* gestellt und die Operation vorgenommen. Die Heilung ging gut von Statten. Es fanden sich jedoch beim Durchschneiden des ecrasirten Stückes keine krebsigen Elemente, sondern kleine Knötchen, welche perlschnurartig aneinander gereiht den Eindruck von sehr grossen Miliartuberkeln machten. Mikroskopisch wurde dies bestätigt. Riesenzellen konnten sehr deutlich nachgewiesen werden. Die Tuberculose griff bald auf die Lungen über und starb der Patient kurze Zeit nachher.

Körte veröffentlicht in der deutschen Zeitschrift für Chirurgie 6. Bd. pag. 447 einen Aufsatz über das tuberculöse Zungengeschwür, worin er die schon vorhandene Literatur in Berücksichtigung zieht und einen von ihm selbst beobachteten Fall beibringt. Auch hier handelte es sich um einen gesunden Mann von 53 Jahren mit einem Geschwür

an der Zungenspitze, mit allen Symptomen, die ein *Carcinom* annehmen liessen. Es wurde in Folge dieser Indication eine Operation vorgenommen, die local wenigstens ein günstiges Resultat erzielte. Doch liessen sich schon 8 Tage nachher Symptome von Phthise constatiren. Bei der mikroskopischen Untersuchung konnten deutlich miliare Tuberkel mit Riesenzellen gefunden werden.

In derselben Zeitschrift Bd. VII. pag. 36 berichtet Ranke von einem Falle aus der chirurg. Klinik zu Halle. Obgleich beginnende Phthise vorhanden war, wurde eine Excision vorgenommen und durch tiefe Naht in 4 Tagen Heilung erzielt. Die richtig gestellte Diagnose wurde durch nachträgliche Untersuchung bestätigt.

Kosinski berichtet (Pamiętnik Tow. lek. Warsz. IV. 1875; ref. im Centralblatt für Chirurgie 1876 Nr. 9 p. 143) von einer Operation eines tuberculösen Zungengengeschwürs, welches seit 20 Monaten bestand, 3 cm lang, 2 cm breit war, bei einem seit 15 Jahren an Spitzencatarrh, Haemoptoë etc. leidenden 50jährigen Beamten. Trotz der Lungen-Erkrankung war nach 6 Monaten noch kein Recidiv bemerkt worden. Bei der Untersuchung zeigten sich gegen 20 hirsekorngrosse, weissliche, theils in der *Mucosa*, theils unter derselben gelegene Knötchen.

Zum Schluss dieses Ueberblickes über die diesen Gegenstand betreffende Literatur verweise ich noch auf eine sehr eingehende Arbeit von Nedopil (Langenbeck's Archiv 20, pag. 365) über 5 in der Wiener Klinik in einem Semester beobachtete Fälle, von denen 3 operirt wurden, da man beginnende Carcinome vor sich zu haben glaubte. In Betreff des interessanten mikroskopischen Befundes muss ich wegen seiner Ausführlichkeit auf das Archiv selbst verweisen.

Im Uebrigen glaube ich kaum auf die neuesten Lehrbücher der pathologischen Anatomie und Chirurgie, die fast alle schon diese Affection, wenn auch nur kurz, erwähnen, verweisen zu dürfen.

Nach den Erfahrungen meines verehrten Lehrers, des Herrn Professor Dr. Fischer, gehört die Zunge zu den am seltensten von Tuberculose ergriffenen Organen. Unter etwa

1500 Fällen von Lungentuberculose', die er bei Herrn Prof. Traube, später in der Charité und in Breslau zu beobachten Gelegenheit hatte, konnte er Tuberculose der Zunge nur 6 Mal constatiren. Mit Einschluss zweier anderer Fälle kann ich also über folgende 8 Fälle referiren.

1. Patient Schn., 19 Jahr alt, wurde 1861 auf die chirurgische Station in Berlin aufgenommen wegen eines Geschwürs an der Zunge, welches für syphilitisch gehalten wurde. Es wurden desshalb mehrere Aetzungen und eine Schmierkur in Anwendung gebracht, worauf Besserung eintrat und der Kranke entlassen werden konnte. 1862 kam derselbe wieder auf die innere Station; das Geschwür war niemals ganz geheilt gewesen, sass am linken Zungenrande, hatte die Grösse eines Viergroschenstückes, unregelmässige Form, aufgeworfene Ränder, unebenen, nicht sehr tiefen Grund. Jetzt war auch die Lungentuberculose ganz manifest. Patient verliess nach 6 Wochen die Anstalt wieder und ist sein weiteres Schicksal und der Verlauf des Geschwürs unbekannt.

2. Der Arbeiter A. K., 27 Jahr alt, wurde auf der Traube'schen Abtheilung im April 1862 aufgenommen. Er hatte beginnende Infiltration in beiden Lungenspitzen. Was besonders quälend für ihn war, war ein Geschwür an der Zungenspitze, welches deutlich kleine Knötchen in den Rändern zeigte. Es hatte eine sehr unregelmässige Form und nahm fast die ganze Spitze ein. Der Grund war nicht tief, doch sehr uneben; die Ränder aufgeworfen. Es lag erst Verdacht auf Syphilis vor und wurde desshalb eine Schmierkur angewandt; dieselbe verlief aber resultatlos, brachte den Kranken nur sehr herunter. Für das Carcinom fehlten alle charakteristischen Eigenschaften. Da der Patient sich wieder erholte, so wurde eine Exstirpation des Geschwürs vorgenommen, da auch Aetzungen keinen Erfolg hatten. Jedoch die Wunde heilte nicht, verwandelte sich vielmehr wieder in ein ähnliches Geschwür. Der Patient starb an Entkräftung, da er nicht essen und sich ernähren konnte, am 15. October. Die mikroskopische Untersuchung stellte die tuberculöse Natur des Geschwürs fest.

Die in Breslau beobachteten Fälle, über die ich mir Kenntniss verschaffen konnte, sind folgende:

3. Gottlieb Sauermann, Arbeiter, in den 50er Jahren, wurde Ende Januar 1878 auf die chirurgische Klinik gebracht. Er klagte über starke Schweisse, namentlich in der Nacht, Husten, erschwertes Athmen und zunehmende Schwäche. Der Status praesens zeigt einen mageren, schwachen Mann mit leichter Dyspnoe und Heiserkeit. Ungefähr 3 cm von der Spitze der Zunge entfernt findet sich auf dem Rücken derselben nahezu in der Mitte ein fünfpfennigstückgrosser, flacher Tumor, ungefähr 2 mm über das normale Zungenniveau sich erhebend, mit einem Geschwür in der Mitte, das einen gelben Grund zeigt und strahlige Ausläufer ausschickt. Bei Untersuchung mit dem Augenspiegel werden Tuberkel in der Chorioidea gefunden. Der Patient verliess die Klinik ungebessert und starb Mitte Juni zu Hause an hochgradiger Phthise.

4. Schneidermeister St. von hier, hoher Fünfziger, wurde von Herrn Geheimrath Prof. Dr. Biermer am 3. Juli 1879 in der medicinischen Klinik vorgestellt. Auch hier handelte es sich neben allgemeiner Tuberculose um ein ausgebreitetes Geschwür am vorderen linken Zungenrande von demselben Character. Die Zunge war etwas intumescirt. Die Chorioidea zeigte auch Tuberkeln.

5. Heinrich Kadura, Arbeiter, 49 Jahr alt, wurde am 8. Mai d. J. aus der Provinz der chirurgischen Klinik zugeschickt. Status praesens und Anamnese ergaben folgendes: Auf der rechten Seite der Zungenspitze, etwas über die Mittellinie hinübergehend auf den linken Rand, zeigt sich in einer Ausdehnung von 3,5 cm. ein in die Zungensubstanz tiefgreifendes elastisch hartes Geschwür, welches theilweise von sinuösen Rändern eingeschlossen ist, theilweise allmälig in die Zungenoberfläche übergeht, mit stellenweise zerklüftetem Grunde und kleinen Knötchen in den Rändern. In seinem grössten Theile macht es schon den Eindruck narbiger Verheilung. Es besteht seit einem Jahre, ist langsam gewachsen und stellenweise wieder zugeheilt. Der Patient hustet seit einem Jahre, ist seit 4 Monaten heiser, schwitzt sehr viel und fühlt sich matt, hat blasse Schleimhäute und livide Gesichtsfarbe. Ueber den beiden Lungenspitzen ist der Schall gedämpft; daselbst Bronchialathmen. In der linken Supraclaviculargrube hört man inspiratorische, verschieden blasige Rhonchi. — Die Eltern und Geschwister des Kranken sind gesund. Eine spe-

cifische Infection wird auf das entschiedenste geleugnet. Nach 8 Tagen reiste der Patient ungeheilt wieder nach Hause.

6. Herr F., 52 Jahre alt, consultirte Herrn Prof. Fischer wegen einer Ulceration an der Zunge. Er leidet seit 2 Jahren an Husten, hat während dieser Zeit zwei Mal Hämoptoë gehabt und giebt nebenbei an, dass seine Mutter an „Brustkrankheit" gestorben sei. Zur Cur hat er beständig Obersalzbrunnen getrunken und ist zweimal in Reinerz gewesen. Bei der Untersuchung ergiebt sich Infiltration der linken Lungenspitze bis zur zweiten Rippe, rechts ist ab und zu pfeifendes Schnurren zu hören. Das Allgemeinbefinden ist noch gut, kein Fieber, mässige Abmagerung. Die ganze Zungenspitze ist seit drei Monaten eingenommen von einem oberflächlichen Geschwür mit sehr zackigen Rändern, und in diesen liegen kleine Knötchen. Der Grund ist roth, unregelmässig, voll kleiner Knötchen. Trotz aller localen Mittel vergrössert sich das Geschwür beständig; keine Tendenz zu Blutungen, ziemliche Indolenz des Geschwürs, keine Drüsenanschwellung, keine Syphilis.

7. Im hiesigen pathologischen Institute sah ich in der ersten Hälfte des Juni ein frisches Präparat von einer eben erst secirten Leiche, welches insofern sehr interressant ist, als hier die Tracheal- und Laryngealschleimhaut nebst den Stimmbändern durch einen tuberculösen Ulcerationsprocess zerstört war, und dieser Process sich über die Epiglottis nach den *Fossulae glosso-epiglotticae* fortsetzte, deren Schleimhaut, wie auch eine grössere Partie des rechten hinteren Zungenrandes er vernichtet hatte. Nähere Mittheilungen über diesen Fall fehlen mir.

8. Der Fall, der Veranlassung zu dieser Arbeit gab und den ich *post mortem* untersuchen konnte, ist folgender:

H. Schmidt, Steinmetz aus Bunzlau, 33 Jahr alt, stellte sich am 29. Januar dieses Jahres wegen eines Geschwürs an der Zungenspitze in der chirurgischen Klinik vor. Anamnestisch giebt er an, dass das Geschwür seit November vorigen Jahres bestehe. Zuerst habe er eine linsengrosse Papel bemerkt, die immer mehr in die Fläche wuchs, zerfiel und von der Zungenoberfläche mehr und mehr wegfrass. Nicht lange nachher habe sich Heiserkeit eingestellt. Patient ist unverheirathet; sein Vater ist 56 Jahr alt an „Auszehrung"

gestorben, seine Mutter an Altersschwäche. Lues musste ganz bestimmt ausgeschlossen werden.

Status praesens: Patient ist ein schwachgebauter, mittelgrosser, sehr abgemagerter Mann, mit schlaffen, blassen Hautdecken, Panniculus und Musculatur sehr atrophisch. Die Supraclavicular-Gegend ist beiderseits stark eingesunken; die Spitzenpartien sind gedämpft, daselbst Rasselgeräusche vernehmbar. Das Sprechen ist mit Schwierigkeiten verbunden, schmerzhaft, anstrengend; die Sprache ist pappig, heiser, klanglos. Namentlich sind es die Lingual- und Guttural-Laute, die ganz undeutlich ausgesprochen werden. Patient wird nach Sprachversuchen wiederholt von starkem Husten befallen. Die Nahrungsaufnahme macht heftige Schmerzen; es besteht sehr starke Speichelabsonderung. An der Zungenspitze findet sich ein Geschwür von 3,5 cm Breite und 2,2 cm Länge. Es nimmt die ganze Spitze der Zunge ein und vertheilt sich ziemlich symmetrisch sowohl nach den Seiten hin, als auch nach oben und unten. Nach unten reicht es bis in das *frenulum linguae* hinein. Die Farbe des Geschwürsgrundes ist dunkelroth, stellenweise mit einem bläulichen Anflug. Bei günstiger Beleuchtung bemerkt man einen ziemlich frischen Reflex, was von dem den Grund überziehenden Speichel bedingt sein mag, und wodurch der Grund ein ziemlich glattes Aussehen bekommt. Dem widerspricht zwar scheinbar, dass man bei Betastung des Geschwürsgrundes eine ziemliche Rauhigkeit constatiren kann. Diese Rauhigkeit markirt sich sehr deutlich von der übrigen Oberfläche der Zunge in den benachbarten Partien, über welche der Finger glatt hingleiten kann. Nach der Umgebung zu grenzt sich der Geschwürprocess scharf ab; die Ränder erscheinen etwas unterminirt, da die anstehenden Papillen sich nach der Geschwürsfläche überneigen und etwas geschwellt sind. Die ganze Spitze der Zunge fühlt sich härter an als das übrige Zungenparenchym und diese Härte setzt sich noch ungefähr 7 mm weit über die Ränder des Geschwürs hinaus fort. Bei Berührung des Geschwürs empfindet der Patient heftigen Schmerz. Bei der laryngoscopischen Untersuchung zeigt sich die Gegend der Aryknorpel stark geröthet, nicht geschwellt, mangelhafter Schluss der Stimmritze.

Der Kranke, der von der Fahrt und der ungenügenden

Nahrungsaufnahme sehr entkräftet war, wurde auf die chirurgische Klinik aufgenommen, wo er sich erst erholen sollte; jedoch starb er schon am 3. Februar an Entkräftung.

Dem Sectionsprotocolle entnehme ich folgendes:

Tuberculose der Lunge in allen möglichen Stadien; umfangreiche Geschwüre im Dünn- und Dickdarm; diesen entsprechen kleine Knötchen auf der Serosa; Eruptionen grauer Knötchen in Leber, Milz und Nieren. — Gehirn und seine Häute, ebenso die Geschlechtsorgane sind frei.

An der Spitze der Zunge und zwar am äussersten peripheren Ende findet sich ein ziemlich grosser Defect, welcher sich sowohl auf den Zungenrücken, als nach der Basis hin fortsetzt. Derselbe hat aufgeworfene, zum Theil unterminirte Ränder, welche das Niveau der Ulceration ziemlich beträchtlich überragen, der Grund ist uneben, an einzelnen Stellen von graugelblicher Färbung, besonders in den peripheren Schichten sind einige graugelbe Knötchen zu erkennen. Die Consistenz des Geschwürs differenzirt sich sehr deutlich von der umgebenden Zungenmuskulatur. Der grösste Breitendurchmesser beträgt 3,5 cm, der Höhendurchmesser 2,2 cm. Die übrige Zunge, sowie die Tonsillen sind ohne Veränderung. — Die Epiglottis sowie die aryepiglottischen Falten sind von glasigem, ödematösem Aussehen. Der untere Theil der hinteren Fläche der Epiglottis zeigt umfangreiche geschwürige Defecte, von unregelmässig fetzigem Aussehen; besonders in der Peripherie der Defecte sind kleine graue Knötchen zu differenziren. — Nach unten in den Kehlkopf setzt sich die geschwürige Zerstörung fort, hat zum grossen Theil die Stimmbänder zerstört. Unterhalb der Stimmbänder finden sich gleichfalls tuberculöse Ulcerationen, welche zum Theil confluiren, zum Theil noch Brücken intacten Schleimhautgewebes zwischen sich lassen. Die Trachea sowie die grösseren Bronchien zeigen nur noch geringe geschwürige Zerstörungen.

Was ergab nun die mikroskopische Untersuchung? —

Geht man oberflächlich von der normalen Zungenschleimhaut in das kranke Gebiet über, so zeigen sich die randständigen Papillen hypertrophisch, dick, kolbig. Ihre Basis ist zum Theil unterminirt, so dass sie über die Fläche des Geschwürs etwas überneigen und so diesem selbst annähernd

den Charakter eines mässig sinuösen verleihen. Im Geschwürsgrunde selbst zeigt sich eine sehr starke kleinzellige Infiltration, die sich schon an einigen Stellen über die Fläche erhebt und diesen Partien das Aussehen verleiht, als hätten hier Papillen gestanden, deren Basis ohne Epithel zurückgeblieben. An anderen Stellen wiederum wandelt sich die kleinzellige Infiltration schon in festeres Granulationsgewebe um und zeigen sich hin und wieder sehr feine bindegewebige Züge, in deren Richtung sich die lymphoiden Körperchen anordnen. Hin und wieder liegt der Geschwürsfläche wandständig eine oder mehrere Riesenzellen von verschiedener Grösse und Gestaltung, rundlich, rhomboidal, mit vielfachen Ausläufern versehen, und meistens peripher gelagerten Kernen. Meistens fand ich sie in den schon erwähnten Erhebungen, einige Male mehrere zusammen liegend. Die Zahl der Kerne ist verschieden. Am Grunde der Randpapillen, also in der Peripherie des Geschwürs sah ich allenthalben Riesenzellen, deren Vorkommen ich noch eine kleine Strecke weit vom Rande des Geschwürs entfernt constatiren konnte. Mehr in der Tiefe wird die kleinzellige Infiltration noch deutlicher und zeigt sich auch schon der Einfluss dieses Infiltrations-Processes auf die quergestreifte Muskulatur. Zwischen die einzelnen Muskelbündel, deren Verlauf in der Zunge ja ein sehr mannigfacher ist, setzt sich die Infiltration fort, ohne sich bestimmt und scharf zu begrenzen; doch ist ungefähr 1,5 cm von der Spitze entfernt keine Spur mehr zu finden. — Der Einfluss auf die Muskulatur ist nun folgender: Die Faser zeigt beim Eintritt in die infiltrirte Partie deutlich ihre Querstreifung, die sie wie auch ihre normale Breite und Färbung noch eine kleine Strecke weit behält. Mit Zunahme des Processes jedoch verschmälert sie sich, ist aber noch quergestreift. Bald nimmt sie ein mehr glasiges Aussehen an, wird ganz hell und durchschimmernd und hat die Querstreifung verloren. An Stelle der Muskelfasern tritt ein feinfaseriges Bindegewebe, welches aus jenen hervorgegangen zu sein scheint, da die bindegewebigen Elemente fast ganz und gar in der Richtung der Muskelfasern verlaufen. Allmälig zertheilen sich auch die Bindegewebsbündel fasrig und büschelförmig bis zum Geschwürsgrunde und ihrem Verlaufe folgt die Anlagerung der lymphoiden Körperchen. Ab und

zu sieht man in diesem Stroma auch Riesenzellen, jedoch selten.

Der Eindruck, den die Veränderung der Muskulatur erweckt, ist der, als würden die Fasern durch die massenhafte Infiltration ihrer Umgebung zusammengedrängt, erdrückt, und so zu bindegewebiger Entartung gezwungen.

Was die Gefässe anlangt, so sind sie im benachbarten gesunden Gewebe und den Papillen sehr stark gefüllt und deutlich zu sehen; in den infiltrirten Partien lassen sie sich nur selten constatiren.

Die *Glandula sublingualis* ist stark geschwellt. Sonst zeigen sich an der Zunge keine Veränderungen,

Der Geschwürsprocess ging in diesem Falle wahrscheinlich von der Mucosa oder Submucosa aus.

Soll ich nun einen kurzen Abschluss halten, so muss ich mich nach den bis heut vorliegenden Fällen dahin aussprechen, dass der tuberculöse Process an der Zunge in zwei Formen zur Erscheinung kommen kann: als tuberculöser Tumor oder als tuberculöses Geschwür. Letzteres ist wahrscheinlich ein späterer Zustand, wie es aus dem Schoelermann'schen Falle hervorgeht, wo an Stelle der vor Monaten beobachteten Prominenz später ein tuberculöses Geschwür sich zeigte. Es entsteht wie überhaupt jedes tuberculöse Geschwür durch Zerfall der tuberculösen Massen.

Sodann kann die Affection primär an der Zunge auftreten ohne andere nachweisbare Zeichen von Tuberculose in den übrigen Organen. Am häufigsten jedoch zeigt sie sich erst bei schon längere Zeit bestehender Lungen- und Darmtuberculose als secundärer Process. In letzterem Falle wird es nicht schwierig sein, bei Erwägung der Dyscrasie und Ausschliessung ähnlicher Affectionen die richtige Diagnose zu stellen, mag nun das Geschwür in sich begrenzt an der Spitze auftreten, oder vom Larynx fortgeleitet im hinteren Theil der Zunge aufsitzen. Um so schwieriger aber ist es im ersten Falle, zumal Schmerzhaftigkeit, Anschwellung der Zunge, Freibleiben der Drüsen von jeglicher Schwellung, Speichelfluss, Momente, auf die einige Autoren Gewicht zu legen

scheinen, oft fehlen, und die Diagnose sich nicht schematisch stellen lässt. Diese kann nur dann mit absoluter Sicherheit gestellt werden, wenn sich bestimmt Knötchen nachweisen lassen. Bei einem Zweifel dürfte sich hier der Rath Schuh's empfehlen: „nach genauer Reinigung der Wundfläche eine kleine Stelle mit dem Messer behufs einer mikroskopischen Untersuchung abzuschaben, wenn es die grosse Schmerzhaftigkeit zulässt." Es wird dieser Rath um so mehr dann Beachtung verdienen, wenn es sich um einen länger bestehenden, sehr langsam fortschreitenden, solitären Ulcerationsprocess handelt bei einem sonst gesund erscheinenden Menschen. Es hat das Geschwür dem Carcinom gegenüber nicht die charakteristische prall elastische Härte, auch nicht den speckigen Grund des syphilitischen, welches meistens auch doppelseitig auftritt. Die Anamnese wird bei letzterer Unterscheidung jedenfalls immer zu berücksichtigen sein. *Ex juvantibus et nocentibus* der Medicamente dürften sich auch recht beachtenswerthe Momente für die Differenzialdiagnose ergeben. Der Verlauf ist immer ein chronischer.

Uebrigens kann man wohl annehmen, dass in den meisten Fällen schon irgendwo im Körper verborgen ein Herd sitzt. Andererseits lässt es sich aber auch nicht von der Hand weisen, dass ein solitäres Erscheinen von Tuberculose an irgend einem Organe vorkommen und sehr lange solitär bleiben kann, wie C. Friedländer (s. Volkmann, Sammlung klinischer Vorträge „Locale Tuberculose) von einem Falle von Hodentuberculose berichtet, wo nach 2 Jahren noch diese solitär bestand.

Für eine directe Uebertragung von aussen, also eine Art Impfung der Zunge auf irgend eine Weise fehlt bis jetzt jeder Anhalt. Bei wirklich Tuberculösen dagegen liegt sowohl die Erklärung sehr nahe, dass der Process auf dem Wege der Gefässbahnen verschleppt worden ist, wie ich auch glaube, keine absurde Ansicht auszusprechen, wenn ich eine Infection der Zunge durch tuberculöse Sputa annehme. Es ist mir dies um so wahrscheinlicher, als ja grade bei kachectischen Personen die Schleimhäute sehr reizbar und läsibel sind und kein grosses Trauma dazu nöthig ist, einen kleinen Defect hervorzurufen, wie es durch cariöse Zähne, stark gewürzte, zu heisse Speisen und Getränke und dergl. leicht geschehen

kann. Gewiss wird auch nicht immer alles Sputum aus dem Munde entfernt, da die ermatteten Kranken ein zu häufiges Auswerfen vermeiden. Ich verweise an dieser Stelle auch auf die am Anfang citirte Aeusserung Portal's, die einigermaassen diese Ansicht stützen dürfte. Zwar bin ich mir bewusst, dass Tuberculose der Zunge eigentlich zu selten vorkommt im Vergleich zu den tausenden und tausenden von Fällen von Lungentuberculose, und könnte man mir diesen Einwurf entgegenhalten, zumal die Prädispositionsmomente und die *materia peccans* immer vorhanden sind. Doch steht es auch fest, um ein Analogon anzuführen, dass auf dieselbe Weise im Pharynx, Oesophagus, Magen tuberculöse Geschwüre hervorgerufen werden können — und diese sind relativ auch sehr selten.

Berücksichtigen wir nunmehr das Alter der Patienten, so kann die Zungentuberculose nach den vorliegenden Fällen in jedem Alter vorkommen. Bei Kindern ist sie nur von Flemming beobachtet worden; jedoch bezweifelt es Schölermann, ob diese Geschwüre tuberculöser Natur gewesen sein mögen. Doch kommen sie schon in einem Alter vor, wo Carcinom der Zunge fast niemals beobachtet wird. Das männliche Geschlecht hat hier den unglücklichen Vorzug der bei weitem grösseren Majorität der Fälle.

In Betreff der Gefährlichkeit der Affection sind die Ansichten, wie sich aus der Literatur ergiebt, sehr verschieden. Stromeyer, O. Weber, Flemming fassen sie als nicht bedenklich auf, insofern sie eine spontane Heilung gesehen haben wollen. Dagegen sprechen sich fast alle anderen Autoren und Beobachter dahin aus, dass das tuberculöse Geschwür an der Zunge keine Tendenz zur Heilung zeige und sei es nun primär oder secundär durch seine Symptome und Folgen die Constitution des Kranken vollständig untergrabe, vorzüglich durch Behinderung genügender Nahrungsaufnahme und Schmerzen. Dazu kommt noch, dass alle primären Zungengeschwüre von nachfolgender Lungentuberculose gefolgt sind.

Es wird daher nicht uninteressant sein, einen Rückblick auf die verschiedenen Behandlungsmethoden zu halten.

Flemming gebrauchte salpetersaures Kupfer und sah Erfolge damit. Nach Stromeyer vertragen diese Geschwüre

nur die „blandeste“ örtliche Behandlung; einen damit behafteten Arzt schickte er nach Madeira, wo er temporäre Heilung fand und erst 2 Jahre später starb, ohne dass das Zungengeschwür erheblich recidiv geworden wäre. O. Weber ist auch für „milde“ Behandlung; bei grösster Reinlichkeit erreichte er Heilung durch Bepinselung mit einer schwachen Zinksolution. Paulicki wandte *Tinct. Benzoës* und *Arg. nitricum* an, jedoch ohne Erfolg. Gosselin liess seinen Kranken mit *Kalium chloratum* 15 : 300 *Aq. dest.* touchiren, um später mit *Arg. nitricum* und Jodtinctur fortzufahren, doch fürchtet Brochin, dass der Kranke eher sterbe, als eine Heilung eingetreten. Die beiden von Professor Fischer in den Berliner Instituten beobachteten Fälle konnten durch Aetzungen nicht geheilt werden, wie auch bei Fall 6 trotz aller localer Mittel das Geschwür sich fortwährend vergrösserte.

Aus allen diesem geht hervor, wie unsicher diese medicamentöse Therapie ist, wie langsam, wenn überhaupt, sich Besserung erzielen lässt, und dass während der andauernden Cur der Kranke noch mehr entkräftet wird.

Im letzten Decennium hat man sich theils mit, theils ohne richtige Diagnose mehr der operativen Behandlung zugewandt. In dem von Fischer in der Traube'schen Abtheilung schon 1862 beobachteten Falle, wo eine Exstirpation vorgenommen wurde, heilte die Wunde nicht, sondern sie verwandelte sich in ein ähnliches Geschwür. In dem Falle von Euteneuer brach die Wunde wieder auf und trat eine Ulceration im Schlunde ein. Der Kranke starb ein Vierteljahr später, wenn er auch als geheilt entlassen worden war; die Operation wurde mit dem Ecraseur vorgenommen. Körte sah gute Heilung nach Operation mit dem Redslob'schen galvanokaustischen Apparate. Kosinski's Fall wurde nach Boyer operirt; nach 6 Monaten zeigte sich noch kein Recidiv. Ranke sah 4 Tage nach der Operation (Excision) ohne Necrose Heilung. Alle 3 Fälle von Nedopil heilten *per primam* ohne Recidiv.

Ist nun eine Operation anzurathen und indicirt? — Die Erfolge der zuletzt ausgeführten Operationen sprechen für die operative Behandlung. Die Indication wird gegeben durch die grosse Schmerzhaftigkeit und das Unvermögen, durch genügende Nahrungszufuhr die Kräfte des Kranken

zu erhalten. Die Operation ist um so mehr indicirt, wenn es sich um ein primäres Auftreten der Tuberculose handelt, doch wird sie auch bei secundären Geschwüren oft am Platze sein. Natürlich wird dann eine Methode gewählt werden müssen, welche die Kräfte des Patienten am wenigsten in Anspruch nimmt, und wird bei secundärem Auftreten erst erwogen werden müssen, ob ein operativer Eingriff je nach dem Zustande des Kranken noch einen Zweck hat. Im ersteren Falle, bei rein localer Tuberculose, wird die Prognose eine günstige zu nennen sein, im zweiten wird die Operation nur eine palliative Wirkung haben, das Fortschreiten der Tuberculose in den inneren Organen wird sich dadurch nicht verhindern lassen.

THESEN.

I.

Wenn das tuberculöse Geschwür an der Zunge mit grossen Schmerzen verbunden ist, so ist die Excision anzurathen.

II.

Das Einlegen eines offenen Gummidrains in den *intra* oder *post partum* inficirten uterus ist verwerflich.

III.

Gravidität ist keine absolute Contraindication für Ovariotomie.

IV.

Die Anwendung des *Natron salycilicum* bei fieberhaften Krankheiten der Kinder ist für die Privatpraxis nicht zu empfehlen.

VITA.

Verfasser, geboren den 21. Mai 1854 zu Riegersdorf, Kreis Neustadt O.-S., Sohn des Bauergutsbesitzers Florian Reimann daselbst, katholischer Confession, besuchte vom Herbst 1867 ab das königliche katholische Gymnasium zu Neisse, von dem er im August 1876 mit dem Zeugniss der Reife entlassen wurde. Um sich dem Studium der Medicin zu widmen, liess er sich am 26. October desselben Jahres auf hiesiger Universität immatriculiren. Am 29. Juli 1878 unterzog er sich dem Examen physicum, und legte am 21. Juli dieses Jahres sein Examen rigorosum ab.

Während seines academischen Quadrienniums besuchte er die Vorlesungen und Kliniken resp. practischen Curse folgender Herren Professoren und Docenten;

Berger, Biermer, Born, Buchwald, F. Cohn, H. Cohn, Fischer, Förster, Fraenkel, Gabriel, Grützner, Gscheidlen, Hasse, Haeser, Heidenhain, Hirt, Kolaczek, Loewig, O. E. Meyer, Neumann, Ponfick, Richter, v. Richter, Rosenbach, Simon, Sommerbrodt, Spiegelberg.

Allen diesen seinen Lehrern spricht der Verfasser seinen aufrichtigen Dank aus.